
МАТЕРИК БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО

П.С. Гуревич

10.7256/2070-8955.2013.03.5

ТЕРАПИЯ АНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

Аннотация. Статья посвящена анализу терапевтической работы с носителями анальной психологической структуры. Приводятся клинические примеры. Раскрываются способы расширения анального характера. При формулировании общих позиций даются теоретические ссылки на видных представителей психоанализа.

Ключевые слова: психология, анальный характер, психоанализ, психосоматика, психодрама, скопидомство, вина, страх, бессознательное, генитальность, сопротивление.

Много лет назад я вел занятия по коллективному психоанализу. Встречи проходили в здании МГУ, в одной из аудиторий философского факультета. Однажды ко мне подошел молодой человек и сказал: «Мне нужна ваша помощь. Я учусь здесь в аспирантуре. Но денег на терапевтическую работу у меня нет». Я разрешил юноше без оплаты ходить в группу. Он был высоким, хорошо сложенным юношей. Волосы, стриженные «под ежик», придавали ему особую привлекательность. На встречах, которые проходили в МГУ, Володя часто говорил о своем одиночестве, неприкаянности, рассказывал о том, как ему трудно выстраивать общение. Однако особенно не запомнился, потому что в группе были и другие сюжеты, вызвавшие повальный интерес.

В следующем году я возглавил факультет психологии в Институте государственного администрирования. Володя пришел туда, где шли занятия, и очень огорчился, что они прекратились. Тогда он стал разыскивать меня, и, разумеется, нашел. Теперь он ходил на занятия вместе со студентами, которые изучали психоанализ. В группе он стал пользоваться признательностью и даже нежностью.

У меня тоже появилась возможность присмотреться к нему внимательнее. Вскоре у меня возникло предположение, что он является носителем анального характера. Мне хотелось, чтобы он сам обратился ко мне с просьбой о терапии и во время лекции я давал ему понять, что имею приблизительное представление об его проблеме и приглашаю его к более открытой исповеди. Однажды мы говорили во время лекции о том, что психоаналитик не имеет права демонстрировать свое отвращение, когда речь идет о каких-то не самых благородных заболеваниях. Если, скажем, пациент рассказывает о запорах, то ведь терапевту не придет в голову сказать:

– Что ты мне тут про всякое дерьмо рассказываешь...

Мне показалось, что Володя понял суть моих рассуждений, но все еще выжидал. И вот наступили каникулы. Занятия прекратились, а Володя прибежал ко мне в кабинет и рассказал о том, что он с детских лет страдает запорами, что его мучения привели его только что на операционный стол. У него на анусе появилась трещина, и ее залатали. Врачи, выполнив свою миссию, дали общие рекомендации: измениться диету, тщательно подбирать еду... Словом, не про аспиранта будь сказано. Володя сказал, что он давно уже находился со мной в условной коммуникации, но обстоятельства жизни ускорили признание.

Я поручил вести этого пациента своей студентке Татьяне Анатольевне Кнышевой. Когда шли занятия, а проводились они нередко в форме лабораторных встреч, я постоянно нервничал, мне казалось, что работа идет медленно и не всегда эффективно. Однако когда Таня представила мне свое дипломное сочинение с анализом данной клинической истории, я дал ей слово, что когда-нибудь расскажу об этой блестящей работе читателям.

Далее следуют записи моей студентки. «Пациент проходил психоаналитическую терапию в течение года, один раз в неделю, с перерывом в три месяца. Терапевтическое взаимодействие проходило в основном в форме беседы. Пациент также занимался аутотренингом, работал по индивидуальной программе, получая в момент наибольшего расслабления образы, которые предлагал ему Павел Семенович. Были попытки проработать некоторые проблемы в психодраме. Так как вся работа проходила в группе, необходимо было учитывать групповое воздействие на пациента.

Пациент Володя, 28 лет, образование высшее, приятная внешность, аккуратен, сдержан. Поведение спо-

койное, меланхоличное. Речь негромкая, без эмоций, тщательно подбирает слова.

Физическое строение: высокий, пропорционально сложенный, живот плоский, наблюдается мышечное напряжение в спине, ноги производят впечатление слабых. Дыхание поверхностное (диафрагма зажата). Пациент жалуется на состояние здоровья: кишечные проблемы, была операция на прямой кишке (трещина), гипертония, бессонница. Пациент также испытывает тревогу, страх «быть изнасилованным мужчиной», который проявляется достаточно часто, особенно в многолюдных местах. Ему присущ также страх перед женщинами как сексуальными объектами. Отсюда боязнь выходить из дома. По словам пациента, анальная проблема для него является главной. Он говорит, что «постоянно думает об этой проблеме, что бы он ни делал, испытывает страх, что потеряет много крови после посещения туалета».

К своему здоровью пациент относится бережно и внимательно: периодически проходит медицинские обследования.

Пациент, по его словам, очень одинок, у него нет друзей, свободное время проводит в библиотеке, любит слушать пессимистичную музыку («Агата Кристи»), читать философскую литературу. Выяснилось, что у него есть свой архив, за которым он тщательно следит.

Володя воспитывался в полной семье. Окончил школу, отслужил в армии. Армию вспоминает как «самое лучшее время в его жизни». На службе у пациента было два наставника — «настоящие коммунисты», которые, по его словам, дали ему «перспективу развития жизни». По их рекомендации он приехал в Москву, поступил в училище, затем — в университет.

О своей семье Володя рассказывал неохотно. Родителей посещал раз в год из чувства долга, последний раз — два года назад. По словам пациента, он вырос в авторитарной семье. Отец был строгий, требовал, чтобы сын помогал по хозяйству (они жили в своем доме с огородом). Как он сам говорил: «Я не хотел работать на участке, но выполнял все требования отца, а мысли мои витали в другом пространстве». «Отец психологически давил на него, не давал делать то, что он хотел», это постоянно вызывало внутренний протест. Образ отца часто преследует пациента во сне: «Он идет в туалет, открывает дверь и видит там отца». Это вызывает панику и страх.

Точный психологический портрет матери создать не удалось, так как пациент постоянно противоречил сам себе, говоря о своей матери. Сначала он рассказывал о том, что у него с матерью было полное взаимопонимание, «она была ласковой и доброй,

любила его больше остальных детей в семье, чем вызывала гнев отца (по отношению к «любимчику»). Володя говорил также о том, что мать всегда была печальна, много плакала, к нему относилась строго, для него очень важно было мнение других людей. Пациент практически не может вспомнить каких-либо радостных чувств, связанных с матерью. Причем самое печальное событие детства, которое он вспомнил, связано с «предательством» матери: «он очень доверял матери, но однажды тайна, врученная матери, стала известна отцу». Интересно, что самое радостное чувство также связано с семьей: пациенту 3-4 года, родители держат его за руки, и он перепрыгивает через лужи, болтая ногами.

У пациента есть старшие сестра и брат (на семь лет старше). Отношения с братом не были приятными, он никогда его с собой не брал и чтобы отделаться, пугал его, сильно сжимая. Кроме того, отец требовал от Володи, чтобы он рассказывал ему о том, что происходит в жизни брата (куда и с кем ходит, о чем говорит). О сестре никаких сведений пациент не сообщил. По словам Володи, особых проблем с родителями у него не было, он был послушный ребенок, но в возрасте 12-14 лет он вдруг перестал общаться со сверстниками, и ему стало нравиться одиночество.

Интерпретируя сновидения пациента, можно заметить, что почти все сновидения, так или иначе связанные с родительскими фигурами, проявляют амбивалентность чувств пациента по отношению к ним.

Например, сновидение (4.03.98): «Темная комната. В постели лежит обнаженная женщина. Пациент стоит рядом в стойке оловянного солдатика и смотрит ей в глаза. Женщина отвечает ему взглядом. Рядом с женщиной лежит мужчина, он сложил на нее руки и ноги. Мужчина начинает приставать к женщине, она сопротивляется. Пациенту обидно, он испытывает чувство вины, что не может защитить женщину. С другой стороны, он хочет, чтобы мужчина наказал ее. Женщина вырывается и садится на край кровати. Пациент рассматривает ее обнаженное тело... Женщина в строгой одежде, она уходит».

Другое сновидение (15.04.98) также проявляет чувства, характерные для Эдипова комплекса: амбивалентность чувств к родителям, желание их смерти и, сексуальные желания, в то же время он испытывает чувства страха и вины за такие влечения».

Содержание сновидения (15.04.98): «Летит стая воробьев и пациент сам в этой стае. Ему легко и хорошо. Стая долетает до сарая, и все воробьи попадают в маленькую дыру под навесом, а он падает во двор, в темноту. Идет в темноте по двору, преодолевая препятствия — кучи навоза. Залаяли собаки. Он подходит

к воротам, — они закрыты. Ему страшно, что выйдут соседи и подумают, что он вор». Это сновидение вызвало воспоминания двух событий детства. Первое — пациент спал в саду. Утром на деревне чирикали воробьи и мешали спать. Он взял рогатку, выстрелил наугад и убил воробья. Его долго мучило чувство вины. Об этом поступке Володя не рассказывал никому. После этого случая он спал в доме.

Второе событие — пациент было лет 9-10. Однажды ночью какие-то грабители проникли во двор. Были слышны выстрелы, крики матери, лаяли собаки. Все закончилось благополучно, но пациент долго испытывал мучительное чувство вины за то, что не вышел во двор, не защитил мать, и, более того, в тот момент желал смерти родителям. После этого случая во дворе стала бегать большая собака, которую он сильно боялся. И ночью пациент выходил во двор в туалет, испытывая невыносимое чувство страха.

Анализируя эти воспоминания, можно отметить, что в обоих случаях фигурируют образы животных: «воробья, которого пациент нечаянно убил» и «собаки, которую он сильно боялся». Здесь можно говорить о защите от бессознательного страха и вины, порожденных Эдиповой ситуацией. Эта защита проявляется в вытеснении и смещении бессознательного страха, амбивалентных чувств, агрессивности и враждебности к родителям на животных.

Слова пациента, «страшно, что выйдут соседи и подумают, что он вор», указывают на строгое моралистичное Супер-Эго, на боязнь не соответствовать общественным моральным нормам, которые скорее всего, с помощью процесса интроекции, стали внутренними стандартами самого пациента.

Хотя пациент и не говорит о «суровом воспитании» в семье, можно предположить, что жесткие требования, авторитарное и излишне принципиальное поведение родителей являются факторами, способствующими развитию такого же авторитарного характера и у пациента, который пребывает в постоянном страхе перед наказанием, стремится угодить авторитету, и в то же время испытывает внутренний протест, бунт.

В результате воспитания у пациента сформировалась очень сильная система запретов на проявление агрессивности, на сексуальную жизнь, на свободное, спонтанное проявление чувств и любые самостоятельные действия.

Отмечая у пациента такие качества, как бережливость, упрямство, пунктуальность, можно говорить об анальном характере, который связан со страхом потери контроля над собой или над ситуацией (таким образом, трансформируется детский страх потери контроля над

сфинктерами). Об этом свидетельствует и психосоматика пациента. Как уже говорилось ранее, эти качества возникли у пациента в результате чрезмерно строгих родительских требований как защитный процесс, называемый формированием реакции.

Работая со страхом «быть изнасилованным мужчиной» выяснили, что пациент испытывает этот страх довольно часто, особенно в многолюдных местах, когда он «видит женщину, но представляет рядом с ней мужчину, — в этой ситуации пациент испытывает агрессию по отношению к мужчине (хочет защитить женщину)». Внутри у пациента возникает ощущение «сжатой пружины», он испытывает сильное внутреннее напряжение.

По мнению В. Райха, такое ощущение характеризует хроническое состояние страха, длительное пребывание организма в таком состоянии приводит к физическому сжатию всех сосудов: сфинктера, сосудов головного мозга. Отсюда возможны и гипертония, и проблемы с дефекацией, и проблемы с кишечником¹.

Можно предположить, что за страхом «быть изнасилованным мужчиной» скрывается страх перед женщинами как сексуальными объектами, что говорит, с одной стороны, о бессознательном желании инцестуозной связи с матерью и страхе наказания со стороны отца (так как страх возникает в результате соперничества). С другой стороны, можно предположить, что пациент испытывает бессознательный страх перед «кастрирующей матерью», и как следствие защиты от этого страха происходит бессознательное принятие гомосексуальной установки.

Чтобы разобраться в ранних отношениях пациента с матерью, необходимо обладать большей информацией. Однако можно предположить, что у пациента действительно были близкие отношения с матерью. Возможно, на ранних стадиях развития Володи со стороны матери бессознательно происходило соблазнение, и чтобы избежать наказания за инцест, пациент вынужден был подавлять сексуальные желания.

Образ «наказывающей матери» мог сложиться в результате строгого приучения к туалету, возможно даже связанного с некоторыми насильственными действиями. Отношения с матерью очень важны для ребенка, так как мать создает чувство безопасности и от нее зависит само существование ребенка. Страх потерять любовь матери равносителен смерти, поэтому ребенок вытесняет ненависть к матери, связанную с насилием, и, возможно, отождествляется с ней.

Работая с индивидуальной программой, во время аутоотренинга пациенту был предложен образ «тря-

¹ Райх В. Функции оргазма. М., 1997. С. 221.

сины», который привел его в сильное возбуждение и волнение: дрожь всего тела, капли пота на лице. По словам Володи, сначала образ «трясины» вызвал недоумение, а затем представил как трясина поглотила девушку. Это вызвало сильное чувство страха.

Анализируя чувства пациента, можно говорить, во-первых, о проявлении бессознательных агрессивных и сексуальных импульсов, во-вторых, о скрытой гомосексуальности, так как «поглощение» — женский символ, а осознание своей гомосексуальности также вызывает страх.

Исследуя взаимоотношения Володи с женщинами, можно рассматривать бессознательный отказ от выполнения мужской половой роли, как страх перед наказанием за инцест, который говорит о неизжитом Эдиповом комплексе, а возможное нарушение половой идентификации — как защиту от бессознательной гомосексуальной установки. С другой стороны, в реальной жизни сознательно Володя стремится создать «нормальные отношения» с женщиной. В этом также заключается внутриспсихический конфликт. Для Володи характерен такой паттерн поведения: как только отношения требуют близости, как физической, так и духовной, пациент отстраняется, изолируется, то есть происходит уход от ситуации. Слова пациента о том, что «увереннее всего он чувствовал себя в армии и вспоминает службу как самое лучшее время в своей жизни» можно объяснить тем, что, во-первых, авторитетная личность дает указания как жить, берет ответственность на себя и, во-вторых, — официальный запрет на сексуальную жизнь. Отсюда отсутствие проблемы общения с женщинами в это время, чувство уверенности в себе (подтверждение своей мужественности).

Анализируя ситуации, которые вызывают чувство страха, можно отметить, что пациент постоянно проигрывает ситуацию Эдипова комплекса, стремясь одновременно «победить отца и наказать за предательство мать». Это также проявляется в постоянно повторяющихся ситуациях. Например, пациент постоянно моделирует ситуацию с соперником. У пациента изначально вызывают интерес замужние женщины. Вытесненные инцестуозные и агрессивные желания периодически «прорываются из бессознательного на поверхность» (содержание сновидений пациента, хроническое депрессивное состояние), вызывая мучительные чувства вины.

Таким образом, видно, что основной психический конфликт, который является причиной невроза — неразрешенный Эдипов комплекс, в результате которого произошла регрессия на анальную стадию развития; желание инцеста и агрессивные импульсы устранения родителей, вероятно, были сильно угрожающими для детского «я».

Во время работы с пациентом, обращает на себя внимание его монотонный голос, отсутствие аффектов, агрессивности, часто нежелание рассказывать о своей семье. Можно сделать вывод, что агрессивность, злость, враждебность пациент подавлял еще с детства, так как их проявления, вероятно, влекли за собой наказание или лишение любви. Внешнее проявление аффекта являлось признаком распушенности, неумения держать себя в руках, то есть поведением, которое казалось недостойным его родителям, особенно матери. Володя вспоминает: «Когда ему было 13-14 лет, он стал свидетелем аварии. Это его сильно потрясло. Девушка была без сознания и лежала в «неприличной» позе на тротуаре. Мать пациента сказала, что во всех ситуациях надо вести себя прилично и уметь себя контролировать, чтобы не было стыдно перед людьми».

Таким образом, с одной стороны, постоянно самонаблюдение и преувеличенный контроль создают условия для ипохондрической настроенности, которая бессознательно может использоваться как эквивалент агрессивности, с другой стороны, агрессивность, направленная на себя, вызывает сильные депрессии со склонностью к суициду. Все это усиливается и подавленными сексуальными желаниями.

Каждый сеанс начинался с жалоб на здоровье, по словам пациента, ему не становилось лучше — «психологический анализ не помог». Он часто испытывал перепады настроения и говорил о бессмысленности своего существования, что периодически у него возникали мысли «вышагнуть из окна», как это сделал Мартин Иден». Интересно заметить, что герой Джека Лондона не вышагивал из окна, а, наоборот, это был жизнеутверждающий человек: преодолевая множество жизненных препятствий, добился любви женщины.

Таким образом, во-первых, бессознательно смерть для пациента ассоциируется с неудовлетворенной потребностью любви и признания; во-вторых, смерть воспринимается как решение всех проблем — не надо прилагать никаких усилий и брать ответственность за свою жизнь на себя; в-третьих, возможно как способ привлечь к себе внимание. Это подтверждает пассивную жизненную позицию пациента.

Интеллектуализации на тему жизни и смерти постоянно стали присутствовать у пациента к концу первого полугодия терапии. На одном из последних сеансов он сказал, что «влечение к смерти в его случае победило влечение к жизни». При обсуждении того, что чувствует пациент, говоря о смерти, у него неожиданно возник образ матери. Вероятно, в бессознательном пациента образ матери и смерти связаны. Влечение к смерти — «это желание вернуться назад, к сладостному состоянию небытия, бессознательная

память о котором, обесценивает все преимущества и радости реальной жизни»².

С одной стороны, можно говорить о бессознательной связи пациента с матерью до сих пор и страх разорвать эту связь равносильен смерти; с другой стороны, о бессознательном страхе пациента перед матерью. Представилась возможность проработать страх смерти в психодраме. Володе был предложен сюжет, который подтверждал наше предположение. По сюжету психодрамы пациент находится в больнице после операции, в результате которой возможны тяжелые осложнения. «Врач» предлагает обсудить эту ситуацию с родственниками. Володя в ходе психодрамы испытывал сильное волнение, с которым он пытался справиться: напряжение всего тела, некоторое оцепенение, руки сцеплены в замок, взгляд рассеянный, на лбу выступили капли пота; вел себя отчужденно, обсуждать свои проблемы с родственниками не хотел. Появление фигуры матери оказалось для него невыносимым: он вскочил, в глазах стояли слезы и страх, пациент откинулся назад, руку выставил перед собой (защищающийся или отталкивающий жест), сказал: «Нет! Только не это!».

После сеанса Володя сказал, что сюжет попал «в точку» и «последствия будут ужасны». Анализируя этот сеанс, те чувства, которые испытал пациент, можно предположить, что мать для пациента очень значимая «угрожающая или наказывающая» фигура, играющая, возможно, главную роль в формировании невротических реакций и соматических симптомов. Неодобрение матери, потеря ее любви вызывает у пациента страх угрозы самого существования я (смерти). Можно предположить нарушение объектных отношений на оральной стадии развития.

Переживание потери объекта очень часто встречается в начале психосоматического заболевания и формирует депрессивные особенности личности: «неуверенность я» или «слабость я» (нарушенное базисное доверие); «душевная пустота» вследствие сниженного чувственного переживания и автоматически-мыслительных процессов; компенсаторное выражение телесных ощущений, ипохондрия; орально-нарциссические нарушения; защитное поведение — «жалобно-обвиняющие» действия, включающие интенсивные желания зависимости от ключевых фигур с целью вновь завладеть разочаровывающими объектами и компенсировать обиду. Такое поведение очень характерно для пациента.

Страх наказания, чувство вины и угрызения совести во взаимосвязи с агрессивными импульсами у

пациента очень сильны, что в дальнейшем это могло привести к их соматизации: гипертония, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, анальные проблемы, нарушения сна. Эти соматические симптомы отражают неразрешенный конфликт между агрессивностью и невозможностью его проявить (вследствие строго-моралистичного Супер-Эго пациента). Однако пациент не связывал свои соматические симптомы с конфликтами в эмоциональной сфере. Попытка активно включить Володю в эмоциональные отношения только увеличивала у него тревожность из-за неумения вербализовать чувства. И в дальнейшем Володя еще больше жаловался на соматические заболевания.

Используя теорию объяснения психосоматических заболеваний Ф. Александра (1881-1964) можно установить (теоретически) связь между соматическими симптомами пациента и его переживаниями³. Больные гипертонией испытывают напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. Александр связывал появление повышенного давления с желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении.

При возникновении нарушений деятельности желудка, кишечника на первом плане стоит желание уверенности и защищенности. Чтобы достичь их, пациенты регрессируют к первоначальным младенческим шаблонам поведения. Таким образом, человек, когда испытывает угрозу, становится перед проблемой личной ответственности. Неспособность принять на себя ответственность за свою жизнь приводит к регрессивным защитным механизмам. К стремлению к защищенности может присоединяться и стремление к власти, может разыгрываться проблематика «отдавания и удержания», а также, с одной стороны, стремление к успеху и навязчивое послушание и, с другой стороны, упрямство и отвергание. Страх, потребность в любви и неуверенность в себе часто вытесняются желудочно-кишечными проблемами⁴.

Лишь телесный симптом остается видимым в таких случаях. Если же задетый орган или симптом исключается медикаментозным или хирургическим путем, то часто проявляются психические симптомы — депрессия, страх. По мнению Александра, хронический запор наблюдается у депрессивных, внешне спокойных, но внутренне сильно напряженных личностей. Их установку он обозначил следующим образом: «Я

² Куттер П. Современный психоанализ. М., 1997. С. 94.

³ Крегер Ф., Любан-Плоцца, Пельдингер В. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб, 1996. С. 30.

⁴ Там же. С. 92.

ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать, я должен удержать то, что у меня есть». Фрейд в этой связи говорил о триаде: упрямство, любовь к порядку, бережливость; их крайности: нетерпимость, педантизм и скупость⁵.

Существует некоторая связь между хроническими запорами и переживаниями пациента: протестная телесная реакция; попытка удержать, чтобы овладеть и выстоять; отступление в страхе; страх и защита от слишком большой отдачи; дефекация ассоциируется с «грязными» побуждениями, воспринимаемыми с чувством вины или как опасные, а поэтому отвергаемые.

Так как Володя не связывал свои соматические заболевания с психологическими проблемами, не хотел их обсуждать, то в течение работы с пациентом психосоматические симптомы не исследовались так подробно, но изучая теоретически заболевания пациента, анализируя «историю» его детства, воспитания, характерных паттернов поведения, можно сделать вывод о том, что развитие заболеваний связано с ранними отношениями со значимыми фигурами и, в большей степени, со страхом лишиться этих отношений, то есть утратить любовь, защиту, что равносильно угрозе существования индивида; подавлению агрессивных и сексуальных импульсов; проблеме личной ответственности.

Володи во время сессий можно проанализировать следующим образом: сначала пациент вел себя спокойно и старательно излагал психосоматические жалобы каждый сеанс и так как эти жалобы не разбирались подробно, с медицинской точки зрения, а мы пытались выявить психические причины возникновения заболеваний; стремились воссоздать психологический портрет пациента и характерные для него паттерны поведения в межличностных отношениях, со значимыми людьми, то возникало недовольство Володи результатами анализа.

Почти всегда пациент находился в спокойном, иногда равнодушном, состоянии, — волнение наступало лишь тогда, когда темой беседы становились бессознательные и сознательные сексуальные или агрессивные импульсы, проявление которых и является основной проблемой пациента. Например, во время интерпретации сновидения, в котором он испытывал амбивалентные чувства к родителям (4.03.98) или во время работы по индивидуальной программе — образ трясины, который вызвал бессознательный страх и чувство вины.

В то время, когда бессознательные импульсы начинали «прорываться» в сознание, Володю охватывало сильное возбуждение, вызывая у него страх. Обнару-

жилось желание закончить сеанс. Пациент был сильно возбужден, эмоционален, вел себя «как бунтующий ребенок», но на следующий сеанс он все-таки пришел. Однако через два месяца он второй раз отказался от занятий, мотивируя этот отказ тем, что «психоанализ не помогает: внутри все пусто, неинтересно, скучно, состояние здоровья стало хуже». В то же время пациент противоречил сам себе: хотел уйти и настойчиво интересовался планами на будущее. Это можно интерпретировать как амбивалентность расставания, которые человек испытывает при разрыве со значимыми фигурами в раннем детстве, то есть несовместимость желаний расставания и страха перед расставанием (группа, по всей видимости, стала для пациента значимым объектом).

Володе казалось, что ему оказывают мало внимания, особенно его психосоматическим заболеваниям, он был обижен — требовал повышенного внимания к себе. Последний сеанс в первом полугодии закончился тем, что Володя отметил появление «иннервации в уретральной области» наряду с имеющимися «старыми соматическими симптомами». В этом случае, можно говорить о смене телесного симптома, который свидетельствует о недостаточности имеющихся защит у пациента для сохранения своей невротической структуры. С другой стороны, можно предположить, что психологические проблемы Володи, которые сформировали соматические заболевания, была проработана недостаточно и лишь поверхностно затронули глубинные причины невроза, поэтому произошла частичная замена симптома.

Возможно, «иннервацию в уретральной области» можно рассматривать как осознание некоторых «постыдных» действий (энурез, мастурбация), которые в детстве вызывали страх наказания, чувства вины и стыда. Так как в связи с этим, пациент вспомнил мальчика, у которого, как и у самого пациента, (по его словам, «как у всех в детстве») были случаи мастурбации и энурез. Когда пациент рассказывал об этом, он не поднимал глаза, чувствовал себя виноватым. Создавалось впечатление, что словами «как у всех» он оправдывался перед матерью или перед собой, то есть ее интроецированным образом.

Говоря об уретральной области, можно теоретически раскрыть ее функциональное значение в психосексуальном развитии ребенка: по мнению О. Фенихеля, «важнейшей особенностью уретрального эротизма является нарциссическая гордость, которой противопоставляется стыд как особая сила, направленная против уретральных соблазнов и предполагается, что амбиция представляет форму борьбы против стыда. Наряду с этим имеет место садистическое удоволь-

⁵ Там же. С. 95.

ствие, соответствующее активному проникновению вместе с фантазиями разрушения и повреждения. Уретральные проблемы очень тесно связаны с анальными, и они являются переходными к фаллической стадии развития⁶.

Однако о переходе на генитальную стадию развития говорить еще нельзя, так как самой важной проблемой для пациента оставалась анальная проблема. У пациента очень сильная система запретов со стороны родителей на сексуальные действия, проявление агрессивности и на любые самостоятельные действия. Он постоянно находится под психологическим давлением, которое происходит из его внутренних установок, испытывает постоянно «напряжение» (страх).

После перерыва в терапии на три месяца жалобы пациента приобрели более безысходный характер: «жизнь безрадостна, очень скучно, неинтересно, ни чем не хочется заниматься, никакие способы лечения не помогают (это относится к психотерапии) — лучше все бросить, отстраниться, пропало желание заниматься в группе». По словам Володи, состояние здоровья ухудшилось: появились новые симптомы — язвенная болезнь желудка, боли в сердце.

Анализируя жалобы Володи, надо обратить внимание на слова «скучно», «неинтересно», которые он использует довольно часто в своей речи. По Фромму, скука характерна для человека ипохондрического типа, — это состояние хронической депрессии. «Мне скучно» — позиция человека, который обвиняет окружение в недостатке внимания, то есть стимулов, раздражителей — позиция внутренне пассивного человека. Следствием «некомпенсированной скуки» является агрессия. Возможно, чувство собственной беспомощности вызывает агрессию, которая сильно вытесняется и подавляется, и так как существует «внутренний запрет» на ее проявление, эта агрессия направляется на себя, вызывая депрессию, и частично проецируется на окружающих⁷.

Володе было предложено взять на себя ответственность, сделать выбор самому: заниматься ему психоанализом дальше или нет. Он извинился и продолжил занятия дальше (Эта ситуация повторялась уже несколько раз).

В этом случае вызывает интерес новый набор серьезных психосоматических заболеваний у пациента. Теоретически исследуя способы возникновения болей в сердце и язвенной болезни желудка, можно прийти к выводу, что психодинамика у этих заболеваний отра-

жает все ранее рассмотренные невротические симптомы, вызывающие соматические заболевания, которые уже были у пациента. По мнению многих психотерапевтов, которые занимались социопсихосоматикой, «время появления болезни распределено неравномерно, а скапливается вокруг определенных событий, когда они воспринимаются как угрожающие, чрезмерно напрягающие, непосильные или вызывающие внутренние конфликты»⁸.

У пациентов с неврозом сердца психодинамически на первом плане находится амбивалентность расставания, то есть несовместимость желания расставаться и страха перед расставанием, что означает переживание потери объекта. Это представляет большую психическую угрозу, так как в этом случае имеется нарциссическое нарушение, которое пациент переживает как нарциссическую обиду. Отсюда появление неуверенности в себе, общего неблагополучия. У ипохондриков сердечная симптоматика выступает в рамках депрессивного синдрома.

В случае с Володи, все это отчетливо продемонстрировано им после трехмесячного перерыва в терапии.

По мнению Александра, «в возникновении язвенной болезни желудка огромную роль играет конфликт, при котором потребности, идущие из оральной сферы переживаний (желание быть избалованным, вознагражденным, зависимым) оказываются фрустрированными. Язвенный приступ наступает «когда бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ». Бессознательный страх быть покинутым вызывает постоянное напряжение: каждое сомнение в принятии и любви может вызвать паническую реакцию.

К таким напряжениям может привести и страх перед авторитарной фигурой. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются, больному с трудом удается достичь разрыва психологической пуповины, стать независимым от матери. Он остается с желанием защиты и помощи, сильно привязанным к материнской фигуре, отсюда неспособность «выстоять в конкуренции с отцом», найти признание и подтверждение себя как мужчины».

Эта психодинамика возникновения язвенной болезни желудка, предложенная Ф. Александером, в данном случае практически подтверждает развитие невротической структуры характера Володи и образование психосоматических симптомов.

Наблюдая за пациентом в ходе терапии, можно обратить внимание на специфическое для данного типа

⁶ Блюм Г. Психоаналитические теории личности. М., 1998. С. 209.

⁷ Фромм Э. Психоанализ и этика. М., 1998. С. 11.

⁸ Крегер Ф., Любан-Плоцца, Пельдигер В. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб, 1996. С. 86.

личности психологические защитные механизмы: вытеснение, изоляция, рационализация, интеллектуализации, реактивное образование.

Вытеснение очень характерно для пациента: «нечто неприятное, угрожающее просто удаляется из сознания и удерживается на расстоянии от него». Этот процесс применим абсолютно ко всем сторонам жизни: ситуациям, фантазиям, желаниям. Вытесненные желания начинают беспокоить пациента тогда, когда они плохо удерживаются в бессознательном, прорываются в сознание, вызывая чувства страха и вины. В данном случае бессознательные желания стоят на пути позитивных аспектов жизни пациента — проблемы здоровья, отношения с людьми, женщинами. Осознание их поможет разрешить множество жизненно важных проблем.

Большую ценность для Володи представляли мыслительные процессы и вообще познавательные способности. Любой аффект: гнев, вина или страх, — не проявлен, задавлен или рационализирован в нем. Слова используются, чтобы скрывать чувства, а не выражать их. Неизвестно, какие чувства скрываются за стройными интеллектуальными рассуждениями. Спрашивая, что Володя чувствует в той или иной ситуации, приходится получать ответ, что он думает в этот момент. Возникало ощущение, что пациент не может выразить ни одного чувства, не испытывая при этом состояний тревоги и стыда. Поэтому, попадая в ситуации, в которых важную роль играли эмоции, Володя чувствовал себя тяжело. Можно отметить также и навязчивое повторение ситуаций, как бы для того, чтобы вновь приобрести контроль над непережитым прошлым, за которое пациент испытывает чувство вины, в том числе и «эдиповы неразрешенные ситуации». Все компульсивные действия направлены на искупление этого чувства.

Для проработки невыраженных аффектов, повторения важных для Володи ситуация был использован метод психодрамы. «Психодрама — это метод в психотерапии, в котором клиенты продолжают и завершают свои действия посредством театрализации, ролевой игры, драматического самовыражения. Используется как вербальная, так и невербальная коммуникация. Разыгрывается несколько сцен, изображающих, например, события прошлого, незавершенные ситуации, внутренние драмы, фантазии и наблюдаются произвольные проявления психических состояний «здесь и теперь». Эти сцены либо приближены к реальной жизни, либо выводят наружу внутренние ментальные процессы»⁹.

Было предложено несколько сюжетов специально для пациента, но не все они имели терапевтический успех. Сюжеты были направлены на проживание амбивалентных чувств к родителям; переживания страха смерти, в связи с тяжелой болезнью; испытание чувства вины, различные семейные ситуации: развод, измена и т.д.

Володя активно, с интересом участвовал во всех сюжетах, исполняя различные роли. Было замечено, что когда в сюжете затрагивалась психологическая проблема пациента, он испытывал напряжение, начинал контролировать свои действия. Отслеживая изменения вегетативных реакций (учащение дыхания, покраснение лица, пот на лбу, дрожание рук, напряжения спины и т.д.), можно было заметить, на какие ситуации, роли, слова бессознательно или сознательно реагирует Володя.

По наблюдениям можно заметить, какое сильное впечатление на него произвел сюжет, где прорабатывался страх смерти (интерпретация этой психодрамы была сделана ранее). Также вызывает интерес сюжет психодрамы, где испытывалось бессознательное чувство вины. Содержание сюжета: Володя вместе с другом в какой-то ситуации... Произошла авария, с другом случилось несчастье. Например, он парализован. Мать друга рассержена, расстроена. Володя должен поговорить с ней, объяснить, что произошло. К сожалению, линия сюжета отошла в сторону, и акцент был сделан на переживаниях матери друга. Но было замечено, что тема сюжета сильно взволновала Володю, что проявилось в вегетативных реакциях: лицо покраснело, взгляд испуганный, растерянный, напряжение в теле, задержка дыхания. Как только «главным действующим лицом» стала «мать друга», Володя опять расслабился и чувствовал себя спокойно и уверенно. Оказывается, что такой случай был в реальной жизни Володи. Только по жизни друг погиб. В то время Володя не мог поговорить с матерью друга и до сих пор боится с ней встречаться, так как испытывает чувство вины. Эта тема, к сожалению, не была проработана до конца.

Сюжеты, в которых требовалось проявить агрессивные чувства, например гнев, раздражение, возмущение, злость, сначала вызывали чувства стыда и неловкости. Володя настаивал, что именно так он ведет себя в жизни, не желая ничего менять даже в игровой ситуации. Например, отыгрывая агрессивные чувства, необходимо было «накричать на солдата, который ушел самостоятельно в увольнение», «устроить семейный скандал» и т.д. Но с каждым занятием эти сюжеты повторялись не один раз и Володя начинал чувствовать себя в них более уверенно. Все сюжеты психодрамы так или иначе подтверждали пассивную жизненную позицию Володи, характерные паттерны поведения: трудности в установ-

⁹ Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: анализ терапевтических механизмов. М., 1998. С. 22.

лении межличностных отношений, мгновенные реакции «ухода» (сжатия) в некомфортных ситуациях, сдержанность чувств, рационализацию и т.д.

Тем не менее, по мере участия в действиях психодрамы можно было заметить, как пациент раскрепостился. Обнаружение чувств оказалось более спонтанным, он чувствовал себя намного увереннее, некоторые сюжеты отыгрывал с удовольствием, находился в центре внимания группы (не был отстранен, как обычно), принимал активное участие в обсуждении сюжетов.

Поскольку психодрама — это групповой процесс, важно учитывать терапевтическое воздействие группы на пациента. Можно было заметить, что некоторые проблемы, характерные для Володи, имели место и у других членов группы: сдерживание эмоций, отсутствие спонтанности, страх проявления агрессивности и т.д. Это позволяло работать в более доверительной обстановке, в некотором роде исчезала граница «терапевт-клиент». Обсуждение чувств и поведения участников происходило на «демократичной» основе, лишённой оценочности, в атмосфере эмоциональной безопасности, самоуважения и принятия.

Такая атмосфера благожелательности, эмпатии в работе не могла не принести хороших терапевтических результатов. По наблюдениям за работой, можно сказать, что Володю «научили», «разрешили» проявлять свои чувства, в том числе и агрессивные, не испытывая ни страха осуждения и наказания, ни стыда, ни вины.

В терапевтической ситуации не может происходить адекватного эмоционального взаимодействия без принятия во внимание переноса и контрпереноса, то есть повторения в отношениях с аналитиком чувств и установок, привычных в прошлом со значимыми людьми (прежде всего, с родителями). Перенос — это бессознательный процесс. Хотя чувства пациента к аналитику могут быть вполне осознанными, но сам факт, что они привнесены из других, более ранних отношений, не осознаётся.

Ценность переноса велика. Он позволяет проникнуть в прошлое пациента и увидеть, каким образом ранний опыт, связанный со значимыми личностями, изменяет реакции настоящего. Контрперенос также важен в психоаналитической работе, так как является ответной реакцией на перенос пациента. В качестве внутренних переживаний он помогает аналитику лучше понять, какое влияние оказывает на него и других людей поведение пациента. В терапии, которую проходил Володя, перенос не был проанализирован вместе с ним, так как, во-первых, не хватило времени для работы с переносом; во-вторых, в некотором роде отсутствовал нормальный рабочий альянс с пациентом; в-третьих, возможно пациент не был готов испыты-

вать фрустрацию и тревогу. Тем не менее трансферные отношения в процессе работы возникали. Особенно, если учесть, что реакции переноса присущи пациентам с неврозом навязчивых состояний.

В начале психоанализа у Володи был выбор из трех студентов-заочников. Он предпочел женщину, замужнюю, старше его по возрасту, которая, возможно бессознательно, по психологическому портрету, больше всего похожа на образ его матери. На первой встрече Володя предложил проинтерпретировать, по его словам, «неприличное сновидение». В этом сне разыгрывалась классическая ситуация Эдипова комплекса. Оказалось, что рассказ Володи носит характер провокации. Этот сон он вычитал из психоаналитической литературы. Володя пытался проверить аналитика на искренность.

Так выглядело бессознательное сопротивление Володи началу психоаналитической работе. Каждый сеанс добавлял информацию о Володе, но его эмоциональная жизнь оставалась закрытой. Как только предпринималась попытка продвинуться вглубь проблемы, Володя выкручивался и превращал достигнутое в ничто. Это вызывало раздражение, поскольку не было реального продвижения. Ситуация изменилась, когда Володя работал с образом «трясины», который вызвал из бессознательного вытесненные сексуальные и агрессивные импульсы. Они проявились в его фантазиях и сновидениях, враждебного содержания, направленных на образ аналитика (матери): девушка (блондинка) в различных ситуациях погибает, в первом варианте ее поглощает трясина, во втором — попадает под колесо троллейбуса. Володя находился в возбужденном состоянии, которое вызывало даже страх.

Анализируя свой страх в этой ситуации, Володя полагал, что это страх перед угрозой уничтожения, ненависти. Таким образом, пациент бессознательно, с одной стороны, требовал любви и заботы и, с другой стороны, испытывал враждебные чувства, ненависть, то есть проявлял амбивалентность чувств к аналитику (матери). Этот спонтанный выброс эмоций усилил обычный страх пациента перед любого рода контактами, и он занял защитную позицию — изоляцию — отказался заниматься анализом дальше. Но на следующий сеанс он все-таки пришел.

Через некоторое время у пациента появились мысли о самоубийстве. Его состояние вызвало тревогу и чувство вины: возможно, была невнимательна к Володе, обидела его, не помогла решить проблему, поэтому состояние его ухудшилось. Было ощущение, что Володя ждет, чтобы его уговорили продолжать занятия дальше, но ему самому пришлось сделать выбор.

Тем более, анализ сложившейся ситуации показал, каким образом Володя пытается вызвать у окружаю-

щих чувство вины за все, что с ним происходит, взять ответственность за его судьбу на себя. Это может говорить о сохранившейся до сих пор инфантильной связи с матерью. Выражения пациента, что аналитик «видит его насквозь», «невозможно обмануть», «всегда попадает в точку» ассоциируется с тем, что пациент всегда находится под контролем у аналитика, как возможно было в детстве, под контролем матери; с другой стороны, возникают ассоциации физического проникновения (возможно насильственного).

Все «попытки самоубийства», отказ посещать занятия, жалобы на самочувствие, что «ничего не помогает, становится все хуже» можно рассматривать с двух сторон. Во-первых, как сопротивление осознанию вытесненных запрещенных чувств, а так как это вызывает сильный страх, то появляется желание изолироваться от пугающей ситуации. Во-вторых, в процессе переноса, как амбивалентное желание Володи отвергнуть, «наказать мать», вызвать у нее сильное чувство вины, за то, что с ним происходит и, наоборот, страх отвержения со стороны матери, желание сблизиться с ней, добиться ее любви и внимания.

Почти каждый сеанс Володя демонстрировал, с одной стороны, молчаливое сопротивление, с другой — было ощущение, что Володе просто важно присутствие аналитика, независимо от темы беседы. Однако очень часто было ощущение скуки и желание встряхнуть его, заставить открыться элементарным чувствам. Таким образом, пациент периодически вызывал агрессивные чувства и желание дистанцироваться.

Интересно отметить, что часто после сеансов Володя просил извинения за что-либо: неудачный сеанс, сюжет психодрамы, что он не оправдал надежд и т.д. В рамках переноса это можно интерпретировать как прощение, которое пациент просит у своей матери, то есть испытывает сознательные и бессознательные чувства вины, возможно, за несоответствие строгим материнским стандартам или за свои агрессивные импульсы по отношению к ней.

Рассматривая трансферные отношения как повторение ранних детских отношений, можно сделать вывод о том, что очень значимой для Володи была фигура матери. Он сохранил инфантильную зависимость от матери и бессознательную обиду на нее. Он желал ее любви и защиты, в то же время испытывал к ней агрессивные чувства. Вероятно, фигура матери была не только желанной, но и наказывающей, требующей соблюдения определенных правил, приличий и норм.

Вероятно, типичный паттерн поведения Володи в детстве — это подавление всяческих чувств (обиды, враждебности и даже любви), принижение и возвеличение себя или других, внешняя уступчивость и

внутренний протест, который вызывает у окружающих агрессивные чувства (раздражение). Исследуя трансферные отношения, можно предположить, что Володя сам провоцирует окружающих своим поведением (например, высокомерием или упрямством, безразличием или внезапным уходом) дистанцироваться от пациента. «Уход» пациента, изоляция от общества, вынужденное одиночество — это реакции на прорывающиеся из бессознательного вытесненные враждебные или сексуальные чувства, которые вызывают страх.

Психосоматические заболевания, которые вызваны этим страхом позволяют, с одной стороны, ослабить этот страх, а с другой, подтвердить неспособность принять ответственность за свою жизнь. Это проявилось и в процессе «переноса» — был регрессивно оживлен стереотип детских отношений: аналитик воспринимался как мать, которая покидала пациента в качестве наказания. Тогда реакцией Володи на оставленность, вполне могли быть и сердечные боли и язва желудка и обострение других соматических заболеваний.

Анализируя психоаналитическую работу с Володи, можно сделать следующие выводы. В возникновении невроза пациента, который можно характеризовать как невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный невроз), большое значение имеет семейный сценарий приучения к туалету. Это первая ситуация в жизни ребенка, когда он вынужден отказаться от того, что для него естественно, в пользу того, что приемлемо социально. Состояние, когда ребенка контролируют, осуждают и заставляют исполнить требуемое, порождает у него гнев и агрессивные фантазии, которые затем вытесняются. Причем можно предположить, что чрезмерно строгое приучение к туалету предполагает такое же строгое отношение к ребенку и на оральной стадии развития, так как наблюдаются явные нарушения отношений «мать-дитя».

Таким образом, базовый аффективный конфликт — это гнев в состоянии под контролем, борющийся со страхом наказания и осуждения. Можно также говорить о наличии депрессивного синдрома. За агрессивными чувствами часто скрывается желание устранения соперника: в любви или в другой сфере. В случае депрессии наблюдается нарушение генитальности. Вместо этого пациент подавлен вспышками собственной агрессивности, направленными против собственной личности. Пассивно-оральные конфликты вращаются вокруг желаний получить, наконец, удовлетворение. Если этого не происходит, то пациент испытывает разочарование, ведущее к гневу, аффективному состоянию бессилия и беспомощности.

Ядром данного невроза является неразрешенный Эдипов комплекс, который вызывает бессознательные чувства вины и стыда. Страх наказания (кастрации) за

инцестуозные желания бессознательно преследуют пациента. Агрессивные импульсы, которые действуют в бессознательном, вызывают у пациента сильный страх, против которого он использует всевозможные психические защиты, в основном вытеснение, изоляцию, формирование реакции, все виды рационализации и т.д. Психосоматические симптомы выступают также в качестве попытки преодолеть неразрешенные невротические конфликты. Защищаясь физически, пациент наносит себе большой вред, так какая форма несет угрозу самому существованию. Аффект гнева остается невыраженным и как бы «застрявшим» в теле, провоцируя потенциальный выход, который нарушает системную деятельность внутренних органов.

О судьбе Володи. Через три года он защитил кандидатскую диссертацию по философии. Устроился на работу. Постепенно под влиянием проведенной терапии расстался с болезнями, связанными с дефекациями. Периодически появляется на курсах психоанализа в качестве гостя, слушает отдельные лекции и исчезает.

Еще одна история. Ирина Аскольдовна слушала мои лекции. Однажды попросилась на индивидуальную встречу. Она была стройной, худощавой женщиной, с прямой спиной и предупредительной улыбкой. Оказалось, что Ирина Аскольдовна почти с детства страдает кишечными проблемами. Запоры мучительны и болезненны. Пациентка нигде не работает, занимается домом, муж — весьма обеспеченный человек. Она, естественно, может позволить себе любую диету, может купить дорогие лекарства. Но толку чуть...

Список литературы:

1. Блюм Г. Психоаналитические теории личности. М., 1998.
2. Гуревич П.С. Психоанализ. М., 2007.
3. Гуревич П.С. Психоанализ личности. М., 2012.
4. Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: анализ терапевтических механизмов. М., 1998.
5. Крегер Ф., Любан-Плоцца, Пельдигер В. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб, 1996.
6. Куттер П. Современный психоанализ. М., 1997.
7. Райх В. Функции оргазма. М., 1997.
8. Фрейд З. Психоанализ и теория сексуальности. Минск, 2004.

References (transliteration):

1. Blyum G. Psikhoanaliticheskie teorii lichnosti. M., 1998.
2. Gurevich P.S. Psikhoanaliz. M., 2007.
3. Gurevich P.S. Psikhoanaliz lichnosti. M., 2012.
4. Kellerman P.F. Psikhodrama krupnym planom: analiz terapevticheskikh mekhanizmov. M., 1998.
5. Kreger F., Lyuban-Plottsa, Pel'diger V. Psikhosomaticheskii bol'noy na prieme u vracha. SPb, 1996.
6. Kutter P. Sovremennyy psikhoanaliz. M., 1997.
7. Raykh V. Funktsii orgazma. M., 1997.
8. Freyd Z. Psikhoanaliz i teoriya seksual'nosti. Minsk, 2004.

Мы начали с ней «воспоминательную» работу, однако сразу же натолкнулись на огромные трудности. Ирина Аскольдовна мало что помнила, отвечала скупо, искренне пыталась передать какие-нибудь подробности, но это ей не удавалось. «Проток» бессознательного случился как всегда неожиданно. Сначала в памяти пациентки возникла странная сцена. Мама ругает старшую сестру Полину, а за что непонятно... Ира путается под ногами и все время задает вопрос: «А что она натворила? Разбила окно, да?» Мама говорит: «Тебе здесь нечего крутиться, мала еще...».

Ирина Аскольдовна задумалась: в самом деле, что это было? И с этим вопросом она поехала к Полине. Та, выслушав ее, неожиданно стала печальной, строгой. Она спросила:

– А ты разве не догадывалась?

Моя пациентка страшно удивилась: о чем речь. Оказалось, что отец целенаправленно занимался растлением старшей сестры. Он касался ее гениталий, ласкал их и готовил ее к любовным утехам. Когда Полина сказала об этом маме, та ужасно рассердилась и стала ругать девочку: «Сама виновата, ведь я тебе говорила...» Кончилось все это разводом. Но когда дети были маленькими, отец купал их сам. В доме имелось огромное деревянное корыто. Папа преследовал не только гигиенические цели. Полину пытался возбудить, а Ире просто засовывал пальчик в анус... Так постепенно мы стали припоминать детали детства, истоки давнего недуга. Через год Ирина Аскольдовна окончательно избавилась от кишечных проблем...